

于 50 $\mu\text{g}/\text{min}$ 时可致胸闷、恶心、呕吐^[7]。2 例患者均有动静脉内瘘,因此禁止在患侧上肢输液。

2.7 保护血管通路: 注意保持内瘘侧肢体,防止穿过紧的内衣。禁止在该肢体测血压、输液、抽血等。保持皮肤清洁。触摸内瘘处是否有血管震颤,血管充盈不足,静脉穿刺成功率低。颈外静脉相对粗、直,容易穿刺,因此一路采用颈外静脉留置针输液,减少患者痛苦,减轻患者经济负担。监听血管杂音。内瘘处不要包扎过紧,同时注意观察内瘘处有无血肿及瘀斑。透析过程中应避免肢体过度活动,以免穿刺针头损伤血管内膜引起血栓形成。透析结束拔针后,压迫止血也是保护内瘘的重要环节,患者应自己掌握压迫的技巧。针眼处一般用 1 cm 大小的正方形纱布压迫止血,压力要适当,以既能止血又能感到血管震颤为好,一般半小时放松,2 h 取下纱布,24 h 内禁止擦洗穿刺点。

3 体会

尿毒症是慢性肾衰竭的严重阶段,常累及全身多个系统,而消化系统最常见,而急性胰腺炎又是加重尿毒症的因素之一,因此良好的护理环节至关重要。通过制定心理干预计划,实施心理干预手段,增强患者战胜疾病的信心,同时还必须加

强病情的观察,重视患者的营养支持,注意内瘘的保护,加强基础护理,才能给患者提供及时、安全、有效的护理措施,提高综合疗效。

4 参考文献

- [1] 何松明,季国忠. 急性胰腺炎 [M]. 天津: 天津科学技术出版社,2006: 42.
- [2] 邹声全. 胆道病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社,2010: 603.
- [3] 李 宓. 血液透析并发症 [M]. 西安: 第四军医大学出版社,2007: 236.
- [4] 林惠风. 实用血液净化护理 [M]. 上海: 上海科学技术出版社,2005: 71.
- [5] 梅长林. 实用透析手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社,2003: 678.
- [6] 陈香美. 实用肾脏病学 [M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1995: 425.
- [7] 韦惠云. 重症急性胰腺炎的治疗和护理若干进展 [J]. 右江民族医学院学报,2011,(1): 85.

[收稿日期: 2011-08-25 编校: 王丽娜/郑英善]

1 例小儿肠套叠空气灌肠致肠穿孔的急救与护理

吴 晓,徐丽伟 (浙江大学医学院附属儿童医院急诊室,浙江 杭州 310000)

[关键词] 肠套叠; 空气灌肠; 肠穿孔; 急救与护理

肠套叠是指肠管的一部分及其相应的肠系膜套入邻近的肠腔内的一种肠梗阻,肠套叠在冬春季较多见,其发生率为 1%,主要见于发病时间长 (> 72 h) 或复套患者,发生大量气腹时膈上升影响呼吸循环可引起呼吸心及跳停止甚至死亡,应时刻警惕,发生时应立即腹穿排气并立即手术治疗^[1]。我院 2010 年 7 月 26 日收治 1 例肠套叠空气灌肠致肠穿孔患儿,经过紧急抢救、手术治疗和护理后康复出院,现报告如下。

1 病例介绍

患儿,男,出生 3 个月 9 d,因发热、呕吐 2 d,阵发性哭吵伴血便半天入院。患儿 2 d 前无明显诱因下出现发热,体温最高为 39℃,伴呕吐,为胃内容物,非喷射性,解黄色稀便 1 次,无抽搐,无咳嗽、咯痰,无气促发绀,遂来我院就诊。拟诊上呼吸道感染,予希刻劳 0.06 g 2 次/d 口服。但患儿仍有发热,7 月 25 日上午出现阵发性哭吵,并解少量黏液血便,反复呕吐,精神偏差。B 超示肠套叠伴腹腔淋巴结肿大。予空气灌肠治疗,过程中出现面色苍白,呼吸骤停,心率最慢至 60 次/min,全腹胀隆,腹肌紧张,给予腹穿排气、心肺复苏、抗休克,5 min 后呼吸、心跳恢复。完善术前准备后行剖腹探查术。入院查体: T 37.7℃, P 189 次/min, R 42 次/min, BP 124/69 mm Hg (1 mm Hg = 0.1333 kPa),意识清,反应尚可,颈软,双瞳孔等

大、等圆,对光反射存在,呼吸稍促,双侧呼吸音稍粗,心音中,律齐,全腹胀隆,腹肌紧张,有压痛反跳痛,未触及包块,移动性浊音阴性,肛门指检无积粪,指套染血,四肢肌张力稍高,四肢末梢凉。血气分析: pH 值 7.043, PaCO₂ 35 mm Hg, PaO₂ 32.2 mm Hg, K⁺ 4.3 mol/L, Na⁺ 134 mol/L, Ca²⁺ 1.17 mol/L, ABE - 15.0 mol/L。血常规: WBC 9.34 × 10⁹/L, N 0.36, Hb 115 g/L。粪常规: 潜血强阳性。PT + APTT: 正常对照。完善术前准备后,在全身麻醉下行剖腹探查术。术后外科重症病房监护治疗,术后第 3 天呼吸机撤管顺利,仍有发热,热峰 3.78℃,呼吸略促,为 32 ~ 41 次/min,无发绀,尿量可,无呕吐,大便解,腹部略胀,肠鸣音减弱,伤口敷料少量渗血,予转普通外科继续治疗。术后第 22 天患儿腹部 II 类切口甲级愈合出院。

2 急救与护理

2.1 急救处置: 发现患儿肠穿孔,立即入抢救室。患儿取仰卧位,开放气道,救护者立于患儿头侧,左手固定面罩,右手挤压呼吸皮囊,在供氧侧孔处通以 10 L/min 的氧气;另一救护者立于患儿右侧,右手掌跟按压患儿胸骨中下 1/3 交界处,按压深度为胸廓前后径的 1/3 ~ 1/2,按压比率 ≥ 100 次/min,按压与通气比例为 15:2,同时立即建立 2 条静脉通路,遵医嘱给予

0.9% NaCl 溶液 250 ml 扩容。予以心电监护,密切观察心率、呼吸、血压、经皮测血氧饱和度,观察神志、皮肤黏膜颜色、温湿度、毛细血管充盈时间、尿量、腹部体征。外科医生立即给予剑突至脐中点插针排气:用 12 号穿刺针头连接注射器,常规消毒皮肤,术者带无菌手套,铺无菌洞巾,选定穿刺点直接刺入皮肤、皮下组织,待抵抗感消失表示已进入腹腔,抽出气体后拔穿刺针,盖无菌纱布,胶布固定。5 min 后患儿呼吸、心率恢复,反应尚可,全腹胀隆较前缓解。

2.2 术前准备:禁食,胃肠减压,完善各项检查,如心电图、胸片、血型、血交叉、肝炎系列、生化五项、血培养,备皮,备红细胞悬液 1 U、血浆 200 ml,给予头孢孟多酯抗感染治疗。完善术前准备后,在全身麻醉下行剖腹探查术加肠切除肠吻合加腹腔冲洗术。

2.3 术后护理

2.3.1 全身麻醉后应用呼吸机护理:①保持呼吸道通畅。②心肺监护,进行血氧饱和度、呼出气 CO₂ 监测。③密切观察病情,包括神志、瞳孔、对刺激反应、肌张力、心率、自主呼吸等。④记录呼吸机各项差数及监测值,1 次/8 h 测量气管插管的外露部分,1 次/2 h 改变体位,根据病情做胸部物理治疗。⑤肢体适当约束固定,避免包裹过紧影响肢体血液循环。⑥观察伤口有无渗血、渗液。

2.3.2 高热护理:由于肠内毒素的吸收,该患儿术后第 1 天~第 3 天有发热,最高体温为 39.7℃,应用合理的物理降温方法:打开包被,冷毛巾敷额或解热帖敷额,温水擦浴,体温 > 39℃ 时遵医嘱予安乃近滴鼻。观察有无虚脱表现,如面色苍白、大量出汗,应立即处理。出汗多时及时更换衣服、被褥,做好口腔护理。1 次/4h 测体温,体温突然升高或骤降时随时测量并记录。

2.3.3 深静脉置管护理:术中给予右侧腹股沟深静脉置管,应保持进针部位皮肤的清洁、干燥,穿刺后第 1 个 24 h 更换敷料 1 次,以后每 3 天更换敷料 1 次。更换敷料时注意严格执行无菌操作。每天测量双侧大腿根部的直径并记录。如有外渗应及时拔除深静脉置管。该患儿留置深静脉置管期间无感染、无外渗,于置管后 1 周拔除。

2.3.4 遵医嘱合理用药:遵医嘱合理使用抗生素,止血制酸补液对症支持治疗。术后第 1~2 天:给予美平针及灭滴灵针抗感染,白蛋白针、复方氨基酸针、脂肪乳剂注射液及丙氨酰谷氨酰胺针静脉营养治疗。术后第 3 天改用氟吗宁针及灭滴灵针抗感染。输液时按照先晶后胶、先快后慢、见尿补钾的补液原则,同时观察药物疗效及不良反应。静脉营养治疗时应密切观察静脉输注是否通畅,有无静脉炎的发生。

2.3.5 引流管护理:做好胃肠减压管及腹腔引流管的护理。妥善固定引流管,避免扭曲、折叠、滑出,观察并记录引流液量、性状、颜色、腹部体征、肠鸣音。1 次/4 h 抽取胃液,持续胃肠减压期间做好口腔护理。该患儿术后第 3 天无呕吐,大便解,腹部略胀,肠鸣音减弱,伤口敷料少量渗血,予转普通外科继续治疗,术后第 5 天拔除胃肠减压管,术后第 7 天拔除腹腔

引流管。拔管后密切观察腹部体征,该患儿腹平软,无压痛,无反跳痛,无腹胀,伤口敷料无渗血、渗液,进食后无呕吐,排便稍稀,2~3 天/d,无发热。

2.3.6 饮食护理:术后禁食时间长,给予肠外静脉营养支持治疗,补充白蛋白针、复方氨基酸针、脂肪乳剂注射液及丙氨酰谷氨酰胺针。术后第 6 天停禁食改少量流质饮食,后逐渐改善普通饮食。嘱少量多餐,给予营养易消化饮食。观察有无呕吐、腹部体征、大小便情况。

2.3.7 心理护理:该患儿病情较重,病程较长,应耐心向家长介绍病情及预后,做好饮食指导,鼓励家长增强对疾病愈合的信心,能够认真配合治疗与护理工作。

3 讨论

通过 1 例肠套叠患儿空气灌肠致肠穿孔的急救与护理,笔者认为急救与护理重点是腹穿排气、心肺复苏、抗休克、手术治疗和术后的精心护理。术后第 22 天患儿腹部 II 类切口甲级愈合出院。

肠套叠是婴幼儿最常见的急腹症,占小儿肠梗的首位,共发病急、病情重,常多见于 2 岁以下婴幼儿,尤其是 4~10 个月的婴幼儿多见。可能是与此时期小儿呼吸道炎症反应和腺病毒感染有关。严格把握空气灌肠复位的适应证和禁忌证,可减少或避免小儿肠套叠空气灌肠致肠穿孔的发生。对病史 > 48 h,全身情况差,腹胀明显,透视下有多个巨大张力性液,出血早而量多,肠壁血管损害严重,有腹膜刺激症状或疑有肠坏死死者,经 B 超确定诊断后即手术治疗。给予空气灌肠,如逐步加压而肠套叠阴影仍不移动、形态不变者应放弃空气灌肠改用手术治疗。若复位过程中看到腹腔内突然出现“闪光”,膈下及腹腔内出现游离气体,患儿表现面部苍白,呼吸急促困难,心跳加剧,脉搏细弱不易扪及,腹部极度隆起,皮肤呈现紫色及花斑,提示肠穿孔,立即立位腹透,观察膈下游离气体,一旦穿孔确立,应立即在剑突至脐中点或脐与髂前上棘连线中点穿刺排气后急诊手术治疗^[2]。在掌握适应证和禁忌证的基础上,提高整复技术,也是影响整复的重要因素^[3]。对于肠套叠空气灌肠发生肠穿孔,应严格掌握适应证和禁忌证,尽量避免穿孔,同时备有抢救设备及人员,临床医生常规携带大号针头,陪同患儿一起到放射科进行密切的病情观察^[4],一旦出现情况,应争分夺秒的进行抢救,力争使患儿危险性减到最低。

4 参考文献

- [1] 徐赛英. 实用儿科放射诊断学 [M]. 北京:北京出版社,1998:607.
- [2] 盛凯,关晓峰,张安明,等. 急性肠套叠空气灌肠复位合并肠穿孔治疗体会 [J]. 小儿急救医学,2003,4(2):125.
- [3] 郭斌,张新荣. 儿童肠套叠空气灌肠整复的探讨 [J]. 中国医药卫生,2005,6(1):21.
- [4] 岳璇弟. 空气灌肠治疗 256 例小儿肠套叠体会 [J]. 重庆医学,2006,35(7):646.

[收稿日期:2011-07-11 编校:费越/郑英善]